

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	EXPEDIENTE
ZUMASUA CIA. LTDA.		1792416264001	167091
NOMBRE COMERCIAL		PROVINCIA	CANTON
CIUDADELA		PICHINCHA	QUITO
INTERSECCIÓN/MANZANA		BARRIO	CALLE
Edmundo Carvajal			Av La Prensa
EDIFICIO/C.C.			CONJUNTO
San Francisco 3			BLOQUE
NÚMERO DE OFICINA			KM
A31			CAMINO
REFERENCIA UBICACIÓN			TELEFONO 1
La subida al CC El Bosque, esa es la E.Ca			2267160
CASILLERO POSTAL			TELEFONO 2
			2920776
CORREO ELECTRÓNICO 1			CELULAR
mariagustam@hotmail.com			0988527867
CORREO ELECTRÓNICO 2			FAX
hzumarraga@zuiso.ec			
SITIO WEB			
www.zuiso.ec			

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

PROVINCIA	PICHINCHA	CANTON	QUITO
-----------	-----------	--------	-------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

TIPO DE PERSONA	PERSONA NATURAL		
APELLIDOS Y NOMBRES	ZUMARRAGA SUAREZ HUGO ALDEMAR		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA	No. DE IDENTIFICACIÓN	1709262909
TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL	INDIVIDUAL	NACIONALIDAD	ECUADOR
CARGO QUE DESEMPEÑA	GERENTE GENERAL	PROVINCIA	PICHINCHA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL	4/10/15 12:00 AM	CANTON	QUITO
		PARROQUIA	QUITO
CIUDADELA		BARRIO	
CALLE	PASAJE C	NÚMERO	SN
INTERSECCIÓN/MANZANA	Edmundo Carvajal	CONJUNTO	
BLOQUE		EDIFICIO/C.C.	Rimini
NÚMERO DE OFICINA	001	KM	
CAMINO		REFERENCIA UBICACIÓN	La subida al CC El Bosque, frente a la Pharmacys
CORREO ELECTRÓNICO	hugozumarraga@yahoo.esc	TELEFONO	2924185
		CELULAR	0998328433

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	X	NO	
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI		NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI		NO	X

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.